



## ISTITUTO SUOR ORSOLA BENINCASA

### AUTODICHIARAZIONE RIPRESA ATTIVITA' DIDATTICHE IN PRESENZA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a

frequentante il liceo Suor Orsola Benincasa di Napoli

- Artistico classe \_\_\_\_\_
- Coreutico classe \_\_\_\_\_
- Linguistico classe \_\_\_\_\_

**consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,**

#### DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- febbre (> 37,5° C)
- tosse
- difficoltà respiratorie
- congiuntivite
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- mal di gola
- cefalea
- mialgie

*In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al servizio/scuola.*

Luogo e data

Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_